

ارزیابی و تحلیل تجربه کشورها در زمینه اشتغال همزمان کارکنان نظام سلامت در بخش دولتی و خصوصی و ساز و کارهای نظارتی آن

سعیده باباشاهی^۱، علی اکبری ساری^{*}

۱- گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران ۲- گروه اقتصاد سلامت، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
* نویسنده مسؤو: تهران، خیابان انقلاب، دانشگاه علوم پزشکی تهران، دانشکده بهداشت، گروه علوم مدیریت و اقتصاد سلامت، تلفن: ۸۸۹۸۹۱۲۹-۰۲۱-۸۸۹۸۹۱۲۹
پست الکترونیک: akbarisari@tums.ac.ir

دریافت: ۹۱/۱/۲۰ پذیرش: ۹۲/۳/۲۳

چکیده

مقدمه: اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و خصوصی (Dual practice) یکی از چالش‌های بخش سلامت بسیاری از کشورها از جمله ایران می‌باشد. هدف این مقاله، بررسی و تحلیل وضعیت موجود اشتغال همزمان کارکنان نظام سلامت در بخش دولتی و خصوصی و ساز و کارهای نظارتی در کشورهای مختلف بود.

روش کار: به منظور شناسایی و تحلیل تجربیات سایر کشورها در زمینه نحوه مواجهه آن‌ها با موضوع اشتغال همزمان و پیامدهای ناشی از آن، پایگاه‌های اطلاعاتی و سایت‌های معتبر از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ مورد جستجو قرار گرفت. متغیرهای اصلی مطالعه و آن چه در استخراج اطلاعات از مطالعات مدنظر بود شامل ساز و کارهای نظارتی، جامعه هدف، نام کشور و جایگاه آن در طبقه‌بندی درآمدی بانک جهانی و در نهایت پیامدهای این ساز و کارها بود.

یافته‌ها: اعمال منع کامل اشتغال همزمان، وجود اشتغال همزمان با محدودیت نسبی و وجود آن بدون هیچ‌گونه محدودیتی ساز و کارهای نظارتی بکارگرفته شده در کشورهای مختلف با سطوح متفاوت درآمدی می‌باشند که هر یک دارای موفقیت‌ها و یا پیامدهایی در جوامع هدف خود بوده‌اند. کشورهای با درآمد بالا همچون یونان، ایتالیا، پرتغال، انگلیس، اسپانیا، استرالیا و آمریکا عمدتاً از ساز و کارهای نظارتی با اعمال محدودیت‌های نسبی استفاده کرده‌اند. کشورهای با درآمد متوسط همانند مکزیک و کشورهای با درآمد پایین همچون کنیا، اندونزی، زیمبابوه، به منظور اشتغال در بخش خصوصی از مجوزهای اجباری استفاده کرده‌اند. سایر کشورهای با درآمد پایین همچون مصر و بنگلادش، کار در بخش خصوصی را بدون اعمال محدودیت مجاز کرده‌اند.

نتیجه‌گیری: وجود اشتغال همزمان با محدودیت نسبی در دو بخش، به عنوان شایع‌ترین ساز و کار نظارتی بکارگرفته شده در بسیاری از کشورها شناخته شده است. بدیهی است که بکارگیری، تداوم و ارزیابی هر یک از شیوه‌های معرفی شده بایستی با توجه به ساختار متفاوت موجود در هر نظام سلامت صورت پذیرد. لذا در نظر گرفتن چالش‌ها و مسایل مرتبط با قابل‌اجرایی بودن و استقرار مبنای لازم به منظور اجرای این ساز و کارهای نظارتی بسیار حیاتی می‌باشد.

کل‌واژگان: اشتغال همزمان، ساز و کارهای نظارت، برنامه تمام‌وقتی، اصلاحات بخش سلامت

مقدمه

آن شده است و قوانینی همچون هیأت امنایی شدن بیمارستان‌ها و تمام‌وقتی شدن پزشکان (بند د ماده ۳۸) به منظور مقابله با این مسأله تدوین شده است. در حالی که مطالعات فراوانی در زمینه نظارت بخش سلامت در کشورهای صنعتی وجود دارد، شواهد اندکی از کشورهای در حال توسعه وجود دارد (۱). نتایج

اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و خصوصی^۱ یکی از چالش‌های بخش سلامت بسیاری از کشورها، از جمله ایران می‌باشد. به همین دلیل، در برنامه پنجم توسعه، توجه ویژه‌ای به

^۱ Dual practice

خصوصی تخصیص می‌دهند که به موجب آن زمان محدودی برای ارایه خدمات در بخش دولتی باقی می‌ماند. این موارد، مدیران بخش دولتی را مجبور به پذیرش اشتغال همزمان افراد به منظور حفظ نیروهای ماهر و زبده خود می‌نماید (۱۱). در بسیاری از کشورهای جهان از سیاست‌ها، قوانین، خط‌مشی‌ها و آیین‌نامه‌های نشأت گرفته از سوی مراجع قانونی و انجمن‌های تخصصی به منظور پیشگیری، محدود نمودن و حذف پدیده اشتغال همزمان و افزایش عملکرد کارکنان بخش سلامت استفاده می‌شود. یک مطالعه صورت گرفته در این زمینه، مطالعه‌ای است که به منظور تحلیل جوانب مختلف طرح تمام وقتی پزشکان و همچنین جمع‌آوری نظرات رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در این خصوص از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی انجام شد (۱۲).

این چالش بخش سلامت به عنوان یکی از تکالیف قانونی مندرج در برنامه پنجم توسعه شناخته شده است و از آن با عنوان طرح تمام وقتی پزشکان یاد شده است. تاکنون در ایران مطالعه جامعی در خصوص اشتغال همزمان و مسایل مرتبط با آن صورت نگرفته است. استفاده از تجربیات سایر کشورها می‌تواند به سیاست‌گذاران در راستای اتخاذ تصمیمات مبتنی بر شواهد، کمک شایانی کند. هدف این مقاله، تحلیل ساز و کارهای نظارتی بکارگرفته شده در بحث اشتغال همزمان در نظام‌های مختلف سلامت، به همراه نکات و تجارب کلیدی در اجرا بود.

روش کار

به منظور شناسایی و تحلیل تجربیات سایر کشورها در زمینه نحوه مواجهه با موضوع اشتغال همزمان و پیامدهای ناشی از آن، پایگاه‌های اطلاعاتی معتبر زیر مورد جستجو قرار گرفت. در جستجوی مقالات و گزارش‌ها از ترکیب کلیدواژه‌های اصلی شامل Dual practice, regulatory mechanism, Human resource in Health system, Physician incentives, legislation استفاده شد. با ترکیب این کلیدواژه‌ها، پایگاه‌های اطلاعاتی اصلی شامل Google Scholar, World Bank, Elsevier, Scopus و وبسایت‌های مرجع مرکز منابع انسانی بخش سلامت (HRH Global Resource Center), WHO و سایت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جستجو شد. همچنین پایگاه‌های استنادی داخلی Iranmedex و SID مورد بررسی قرار گرفت. منابع موجود در مقالات مهم و کلیدی نیز بازنگری و مورد استفاده قرار گرفت و مقالات تکراری حذف شد. کلیه

یک مطالعه در چند کشور نشان می‌دهد که ۸۷٪ کارکنان بخش سلامت، درآمد خود را از طریق شغل دوم تکمیل می‌کنند؛ به طوری که بین ۵۰ تا ۸۰٪ به درآمدشان افزوده می‌شود (۲). مطالعات حاکی از آن است که بیشتر پزشکان قادرند از این طریق درآمد خود را تا دو برابر افزایش دهند (۳). اگر چه دلیل اصلی اشتغال همزمان در بخش سلامت افزایش میزان درآمد می‌باشد (۴)، انگیزه‌های غیرمالی همچون شأن و مقام و فرصت‌های حرفه‌ای و تخصصی نیز به عنوان عوامل تشدید کننده شناخته شده‌اند (۵).

در خصوص مقابله با اشتغال همزمان، روش‌های متفاوتی در سطح بین‌الملل مورد استفاده قرار می‌گیرد. به عنوان نمونه، در کانادا، چنین فعالیت‌هایی مخالف قوانین رسمی می‌باشد؛ هر چند درجاتی از ابهام در خصوص مقابله با آن با توجه به فقدان راهنماها وجود دارد (۶). دوشغله بودن یا اشتغال همزمان در بخش سلامت (دولتی و خصوصی) خصوصاً در کشورهای با درآمد کمتر از میزان متوسط (LMIC) که به کرات (۷) در مطالعات از آن یاد شده است، به طور رایج در بین متخصصان سلامت دیده می‌شود. در بسیاری از کشورهای LMIC، اشتغال همزمان در دو بخش، منبع درآمد اضافی به منظور جبران درآمدهای ناکافی خصوصاً در بخش دولتی می‌باشد (۸). اثر اشتغال همزمان بر کیفیت خدمات سلامت در بخش دولتی در شرایط تضمین عدالت و کارایی (۹) تا حدودی مستند شده است و این موضوع را به مسأله‌ای مهم و حائز اهمیت به ویژه در بحران‌های مرتبط با منابع انسانی در بخش سلامت تبدیل کرده است. اثرات اشتغال همزمان در کشورهای مختلف با توجه به گستردگی وجود قوانین و سیاست‌های نظارتی، متفاوت می‌باشد. از موارد مثبت آن می‌توان به تأمین درآمد اضافی برای کارکنان بخش سلامت اشاره کرد؛ که در قالب به حداقل رساندن بار بودجه پرداختی به بخش دولتی و به منظور حفظ کارکنان ماهر و خبره خصوصاً در شرایط کمبود منابع تفسیر می‌گردد (۱۰). در بسیاری از مطالعات، اثرات منفی این پدیده مزید بر اثرات مثبت آن می‌باشد. این اثرات منفی عبارتند از: افزایش رفتارهای نامناسب و ناشایست که به موجب آن کارکنان بخش سلامت را به سوی ایجاد تقاضا و هدایت بیماران به بخش خصوصی با تجویز بی‌مورد سوق می‌دهد، تضاد منافع که به موجب آن سطح کیفیت ارایه خدمات در بخش دولتی کاهش می‌یابد، و در نهایت ورود و جذب افراد نخبه و باتجربه به بخش خصوصی و عدم وجود انگیزه برای فعالیت در بخش دولتی. همچنین کارکنان بخش سلامت، بخش زیادی از وقت خود را به فعالیت در بخش

همزمان در دو بخش با مهاجرت کارکنان بخش سلامت، خصوصاً متخصصان (هم از بخش دولتی به خصوصی و هم در سطح بین‌المللی) همراه بوده است. در کشورهای LMIC، کشورهایی که به کارکنان سلامت پرداخت‌های ناکافی صورت گرفته است و سایرین تمایل به پرداخت برای خدمات بهتر و مناسب‌تر دارند، این گزینه به نظر قابل اجرا و امکان‌پذیر نمی‌باشد (۱۵ و ۱۶).

ب) وجود اشتغال کامل همراه با اعمال محدودیت نسبی: این محدودیت‌ها شامل محدودیت‌های مالی همچون برقراری محدودیت‌هایی بر عایدی‌های کسب شده از بخش خصوصی، اعمال قراردادهایی برای کار در بخش دولتی، قراردادهای منعطف در قالب قراردادهای تمام‌وقت، پاره‌وقت، افزایش درآمد کارکنان در بخش دولتی، و اعطای پاداش‌های مبتنی بر عملکرد در بخش دولتی بوده است که عمدتاً توسط کشورهای با درآمد بالا بکار گرفته شده است. جامعه هدف در این ساز و کارها عمدتاً پزشکان بوده‌اند. این ساز و کارها برای دولت هزینه‌های بالایی به همراه داشته است و نیارمند بکارگیری سیستم پایش و نظارت در هر دو بخش دولتی و خصوصی می‌باشد. القای رقابت میان ارایه‌کنندگان بخش خصوصی و دولتی و همچنین از دست دادن انگیزه پزشکان و سایر کارکنان در صورت ثابت ماندن میزان پاداش‌ها در بخش دولتی نمونه‌هایی از پیامدهای گزارش شده ناشی از اعمال محدودیت‌های مالی می‌باشد (۱۷). همچنین برقراری محدودیت‌های اعطای مجوز شامل مجوزهای اجباری برای اشتغال در بخش خصوصی، محدود نمودن آن برای گروه‌های خاص، محدودیت‌های زمانی و همچنین ایجاد انگیزش‌های شغلی از دیگر محدودیت‌هایی است که توسط برخی کشورها بکار گرفته شده است. مهاجرت کارکنان از بخش دولتی به خصوصی، نظارت ضعیف بر مجوزها، تخلف‌های گزارش شده، پذیرش بیماران بخش خصوصی در بخش دولتی، پرداخت‌های غیر رسمی و چالش‌هایی برای اولویت‌بندی میان بیماران در بخش دولتی و خصوصی از پیامدهای این ساز و کارها می‌باشند (۱۸).

ج) عدم اعمال محدودیت: پذیرش اشتغال همزمان به منظور بهبود انگیزه‌های اقتصادی، ارتقای کیفیت خدمات و پوشش بهتر خدمات منجر به رقابت شدید میان پزشکان در مناطق شهری، هدایت بیماران از بخش دولتی به بخش خصوصی و در نهایت کاهش کیفیت خدمات بخش دولتی شده است (۱۸ و ۱۹).

مقالات و گزارشات جمع‌آوری، ثبت و مورد بازنگری قرار گرفت. معیار اولیه گزینش مقالات و گزارش‌ها و اسناد مربوطه، ارتباط آن‌ها با موضوع اشتغال همزمان در دو بخش بود. عناوین و چکیده مقالات به دست آمده مورد مطالعه قرار گرفت و موارد مرتبط با موضوع انتخاب شدند. فاصله زمانی جستجو از سال ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۱ بود. متغیرهای اصلی مطالعه و آن چه در استخراج اطلاعات از مطالعات مدنظر بود شامل نوع ساز و کارهای نظارتی، گروه هدف، نام کشور و جایگاه آن در طبقه‌بندی درآمدی بانک جهانی و در نهایت پیامدهای این سازوکارها بود.

نتایج

نتایج حاصل از تنها مطالعه صورت گرفته در ایران نشان داد بیش از ۸۰٪ رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی با اجرای برنامه تمام وقتی به عنوان محور اصلی اصلاحات نظام سلامت موافق بوده‌اند و در نظرات خود به نقش ویژه این برنامه در مدیریت هیأت امنایی بیمارستان‌ها (۱۲) و به علاوه تأثیر عمده آن بر بهبود کیفیت ارایه خدمات اشاره کرده‌اند (۱۳). با توجه به این که از میان مقالات به دست آمده، مطالعه کیوانوکا^۲ و همکارانش جامع‌ترین و کامل‌ترین مقاله‌ای بود که به صورت مرور نظام‌مند در سال ۲۰۱۱ انجام شده بود و عمده جوانب را به تفکیک عوامل و مسایل مؤثر در این حیطه در نظر گرفته بود، در مقاله حاضر، ترجمه مفهومی بخش‌هایی از این مقاله با ذکر منبع ارایه شده است و اطلاعات بیشتر، از سایر مقالات به آن اضافه گردیده است (۱۴). جدول ۱، چارچوب مفاهیم تحلیلی برگزیده، گستره ساز و کارهای نظارتی، گروه هدف، بکارگیری و پیامدهای بالقوه ناشی از ساز و کارهای مختلف در این مطالعه را نشان می‌دهد. بر اساس مطالعات گزارش شده، ساز و کارهای نظارتی گسترده‌ای به منظور نظارت بر اشتغال همزمان در دو بخش در کشورهای مختلف بکار گرفته شده است. ساز و کارهای نظارتی بکار گرفته شده در کشورهای مختلف در سه گروه طبقه‌بندی می‌شوند: مواردی که از منع کامل اشتغال همزمان حمایت می‌کنند؛ مواردی که با منع نسبی این پدیده همراه هستند؛ و در نهایت مواردی که وجود این پدیده را بدون اعمال محدودیت می‌پذیرند.

الف) اعمال محدودیت کامل: کشورهایی همچون هند و یونان که قانون منع کامل اشتغال همزمان را دارند، به آسانی قادر به حذف کامل آن نبوده‌اند. علاوه بر این، منع کامل اشتغال

² Kiwanuka

جدول ۱- طبقه‌بندی ساز و کارهای نظارتی اشتغال همزمان به تفکیک زمینه، جامعه هدف، تنوع در رویکرد مورد استفاده و پیامدهای ناشی از آن در کشورهای مختلف

پیامدها	تنوع بکارگیری ساز و کارهای نظارتی	جامعه هدف	زمینه مطالعه (کشور یا درآمد بالا/ یا درآمد پایین؛ شهری/روستایی؛ دولتی/خصوصی)	ساز و کارهای نظارت بر اشتغال همزمان در دو بخش	منع کامل
مخالفت و مقاومت از سوی گروه‌ها و اشخاص تخصصی مهاجرت پزشکان با تجربه به بخش خصوصی	اشتغال همزمان در بعضی ایالت‌ها ممنوع شده است	همه کارکنان بخش سلامت	کشور با درآمد پایین (LMIC) - هند		منع کامل
مهاجرت پزشکان ارشد به بخش خصوصی	وضعیت تمام‌وقت انحصاری اجباری در پرداخت‌های غیررسمی برای خدمات سلامت	همه کارکنان بخش سلامت	کشور با درآمد بالا (HIC) - یونان		
وجود اشتغال کامل همراه با اعمال محدودیت‌های نسبی					
۱- محدودیت‌های مالی					
امکان افزایش کیفیت خدمات بخش دولتی با کاهش واکنش‌های رفتاری ناخواسته ارائه‌کنندگان بخش دولتی هزینه‌بر برای دولت، مشکل و پیچیده برای اجرا و در صورتی که پرداخت‌ها، ضرر ناشی از عدم فعالیت در بخش پرداخت‌های بالاتر به افرادی که اشتغال همزمان در دو بخش نداشته‌اند/قراردادهای انحصاری وزارت بهداشت	پزشکان - مشاوران	کشور با درآمد بالا (HIC) - انگلیس	کشور با درآمد بالا (HIC) - یونان کشور با درآمد پایین (LMIC) - هند کشور با درآمد بالا (HIC) - ایتالیا کشور با درآمد بالا (HIC) - پرتغال کشور با درآمد بالای متوسط (UMIC) - پرو کشور با درآمد بالا (HIC) - اسپانیا کشور با درآمد پایین (LMIC) - تایلند	اعمال محدودیت‌هایی بر عایدی‌های کسب شده از بخش خصوصی	انگیزه و قراردادهایی برای کار در بخش دولتی
درمان‌های افتراقی کارکنان بخش سلامت منجر به رنجش می‌گردد اشتغال همزمان هنوز به دلیل مبانی اجرایی ضعیف شایع است پزشکان کمی قراردادهای تمام‌وقت یا انحصاری داشتند	قراردادهای تمام‌وقت، پاره‌وقت، تمام‌وقت طولانی‌مدت (با تمدید نمودن) یا انحصاری NHS برای پزشکان	پزشکان	کشور با درآمد بالا (HIC) - پرتغال	قراردادهای منعطف برای اشتغال همزمان	
حقوق‌های بالاتر، میزان فعالیت در بخش دولتی/خصوصی نیست پزشکان عایدی اکسپاتی خود از هر دو بخش را حداکثر می‌کنند.	قراردادهای تمام‌وقت، پاره‌وقت و حقوق‌های بالاتر، میزان فعالیت در بخش خصوصی را تغییر نمی‌دهد.	پزشکان	کشور با درآمد بالا (HIC) - پرتغال	افزایش درآمد برای کارکنان بخش دولتی	
اگر پاداش برای بخش دولتی ثابت باقی مانده یا حتی کمتر از پرداخت مبتنی بر عملکرد باشد، کارکنان بخش سلامت انگیزه خود را از دست می‌دهند.	کار در بخش خصوصی به عنوان پاداش براساس میزان دستمزد بر پایه خدمات داده می‌شود. همین رویکرد در بخش دولتی بکار برده می‌شود به طوری که در مصاف با درآمد است	همه کارکنان بخش سلامت	فرض شده نویسنده	پاداش‌های مبتنی بر عملکرد در بخش دولتی	
القای رقابت میان ارائه‌کنندگان بخش خصوصی و دولتی	با ارائه‌کنندگان بخش خصوصی به منظور آرایه خدمات در بخش دولتی و براساس میزان عملکرد قرارداد بسته می‌شود	پزشکان	کشور با درآمد بالا (HIC) - استرالیا		
۲- محدودیت‌های اعطای مجوز					
مهاجرت کارکنان از بخش دولتی به بخش خصوصی	کتابت نام توسط انجمن‌های پزشکی، ۳ سال تجربه و مجوز اشتغال در بخش خصوصی مورد نیاز است	کشورهای LIC - کنیا	کشورهای LMIC - اندونزی	کشورهای LIC - زیمبابوه	کشورهای LIC - زامبیا
پایش و نظارت بر قراردادهای ضعیف می‌باشد.	۳ سال انجام وظیفه در بخش دولتی قبل از اخذ مجوز (زیمبابوه)	پزشکان	کشورهای LMIC - اندونزی	کشورهای LIC - زیمبابوه	کشورهای LIC - زامبیا
پرستاران و پزشکان تازه کار و جوان‌تر بخش خصوصی را تحت مجوزهایی از پزشکان ارشد اداره می‌کنند.	مجازی‌های اجباری برای پزشکان سال آخر (ارشد) (همه کشورها)				
پذیرش بیماران بخش خصوصی در مراکز دولتی/پرداخت‌های غیررسمی	برای پزشکان جوان ممنوع است	پزشکان	کشورهای LMIC - اندونزی	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
تخلف‌های نظارتی گزارش شده است.	کار در بخش خصوصی بعد از اتمام روز کاری در بخش دولتی اجازه داده می‌شود	پزشکان	کشورهای LMIC - اندونزی	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
تخلف‌های رزیدنت‌ها از محدودیت‌های اعمال شده	محدودیت‌های برای ساعات کار در بخش خصوصی	رزیدنت‌ها	کشورهای HIC - ایالات متحده آمریکا	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
درآمد گزارش پزشکان	تخت‌های بخش خصوصی نباید بیش از ۲۵٪ درآمد گزارش پزشکان کل تخت‌ها باشد	پزشکان	کشورهای HIC - استرالیا	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
پذیرش‌های بیمارستانی مشتاق به افزایش تعداد کلی تخت‌ها برای پذیرش بیماران بیشتر از بخش خصوصی می‌شود.	بخشی از درآمد از تخت‌های بخش خصوصی به بیمارستان تعلق دارد	پزشکان	کشورهای HIC - فرانسه	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
نظارت و پایش اشتغال همزمان ساده‌تر می‌گردد.	پزشکان بخش دولتی می‌توانند به صورت خصوصی عمل داشته باشند اما نمی‌توانند از بیمه اجتماعی سلامت بهره‌مند شوند	پزشکان	کشورهای HIC - فرانسه	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا
چالش‌هایی در اولویت‌بندی میان افزایش بیماران در بخش دولتی و خصوصی اشتغال در مراکز دولتی منشأ مباحثات است	پزشکان تمام‌وقت و پاره‌وقت نباید بیش از ۳۰٪ از کل درآمد، دریافتی داشته باشند	پزشکان	کشورهای HIC - فرانسه	کشورهای LIC - زامبیا	کشورهای LIC - زامبیا

ادامه جدول ۱

۳- ایجاد انگیزه‌های مرتبط با نشان و رسمیت افراد برای کار در بخش دولتی			
انگیزش‌های شغلی	کشورهای HIC- ایتالیا	همه کارکنان بخش سلامت	اعطای ارتقا منحصر به کارکنان تمام‌وقت بخش دولتی می‌شود
مجوز کار در بخش خصوصی بدون اعمال محدودیت			
اشتغال همزمان پذیرفته شده و مرسوم است	کشورهای LMIC- مصر	همه کارکنان بخش سلامت	رقابت شدید میان پزشکان بخش خصوصی در مناطق شهری نفوذ و مصرف نا به جای از پزشکان فاقد صلاحیت، بنابراین کیفیت خدمات کاهش می‌یابد. بیماران از بخش دولتی به بخش خصوصی هدایت می‌شوند
	کشورهای LIC- بنگلادش		بناگدش تلاش در جهت جذب پزشکان بخش خصوصی به مناطق روستایی کرد.
	کشورهای UMIC- مکزیک		است
خودنظارتی			
استفاده از اخلاق حرفه‌ای به منظور تنظیم اشتغال همزمان	کشورهای LMIC- آفریقای جنوبی	داروسازان	محدود نمودن خرده‌فروشی داروهای ارتقا و حفظ استانداردهای فعالیت حرفه‌ای غیرقانونی / غیررسمی
نظارت بر فعالیت در بخش خصوصی			
محدود نمودن خدمات ارائه شده در بخش خصوصی	کشورهای HIC- کانادا (بعضی از ایالت‌ها)	همه کارکنان	جمعیت بیشتری از خدمات بخش دولتی استفاده می‌کنند و پزشکان تشویق به باز کردن مراکز خصوصی نمی‌شوند
قرار دادن سقف بر قیمت خدمات در بخش خصوصی	کشورهای HIC- کانادا (بعضی از ایالت‌ها) کشورهای HIC- فرانسه	همه	محدود نمودن خدمات بخش خصوصی برای افرادی که تحت پوشش بخش دولتی هستند قرار دادن محدودیت بر قیمت‌هایی که در بخش خصوصی دریافت می‌شود تا مشابه و نزدیک به قیمت‌های بخش دولتی گردد
قرار دادن محدودیت بر خدماتی که تحت پوشش بیمه خصوصی است	کشورهای HIC- کانادا (بعضی از ایالت‌ها)	پزشکان	همه خدماتی که تحت پوشش بیمه دولتی قرار می‌گیرد، نمی‌تواند تحت پوشش بیمه خصوصی هم قرار بگیرد

LMIC: Lower Middle Income Country; HIC: High Income Country; UMIC: Upper Middle Income Country; LIC: Low Income Country

منبع: اقتباس از:

Kiwanuka SN, Kinengyere AA, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Ssengooba F, Olico-Okui, Pariyo GW. (2011) *Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation*. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.

نتایج نشان دادند اعمال این محدودیت‌ها برای دولت‌ها هزینه‌بر بوده است و در صورتی که به درستی اجرا شوند، امکان افزایش کیفیت خدمات بخش دولتی با کمترین میزان رفتارهای ناخواسته از سوی ارائه‌کنندگان وجود خواهد داشت. در صورتی که پرداخت‌های مازاد از سوی دولت، ضرر ناشی از عدم فعالیت در بخش خصوصی را جبران نکند، ممکن است برنامه‌های بکارگرفته شده نتیجه‌ای در بر نداشته باشد (۲۱).

همچنین کشورهای با درآمد متوسط همانند مکزیک و کشورهای با درآمد پایین همچون کنیا، اندونزی، زیمباوه به منظور اشتغال در بخش خصوصی از مجوزهای اجباری استفاده کرده‌اند. پیامدهای ناشی از این روش، شامل پایش و نظارت ضعیف بر قراردادهای مجوزها و همچنین مهاجرت کارکنان از بخش دولتی به بخش خصوصی می‌باشد. سایر کشورهای با درآمد پایین همچون مصر و بنگلادش، کار در بخش خصوصی را بدون اعمال محدودیت مجاز کرده‌اند (۲۲). بر اساس یافته‌ها و پیامدهای ناشی از بکارگیری هر یک از این ساز و کارها، اعمال منع کامل، منجر به مخالفت از سوی برخی گروه‌ها و در نهایت جابه‌جایی آنان به بخش خصوصی گردیده است. به علاوه، وجود اشتغال همزمان همراه با اعمال محدودیت‌های نسبی علی‌رغم افزایش سطح کیفیت خدمات و کاهش رفتارهای ناخواسته، در عمل برای دولت بسیار پیچیده و هزینه‌بر بوده است (۲۳).

خودنظارتی و استفاده از اخلاق حرفه‌ای نیز به منظور تنظیم اشتغال همزمان در نظر گرفته شده است که منجر به ارتقا و حفظ استانداردهای فعالیت‌های حرفه‌ای شده است (۲۰). به علاوه، استفاده از ساز و کار نظارت بر بخش خصوصی شامل محدود کردن خدمات ارائه شده در بخش خصوصی، قرار دادن سقف بر قیمت خدمات در بخش خصوصی و قرار دادن محدودیت‌هایی بر خدمات تحت پوشش بیمه خصوصی از دیگر شیوه‌های نظارتی بکار گرفته شده است که منجر به کاهش انگیزه‌های مالی در بخش خصوصی، افزایش جمعیت استفاده‌کنندگان از خدمات بخش دولتی و افزایش میزان پرداخت‌ها از سوی استفاده‌کنندگان از خدمات بخش خصوصی شده است (۱۹).

بحث

چالش‌های فراوانی در خصوص اعمال و یا عدم اعمال نظارت بر مسئله اشتغال همزمان در دو بخش خصوصی و دولتی در بسیاری از کشورها وجود دارد. مطالعات فراوانی به منظور ارائه پیامدهای مثبت و منفی نظارت بر این مسئله انجام شده است (۲۰). کشورهای با درآمد بالا همچون یونان، ایتالیا، پرتغال، انگلیس، اسپانیا، استرالیا و آمریکا عمدتاً از ساز و کارهای نظارتی با اعمال محدودیت‌های نسبی استفاده کرده‌اند. همان طور که

بخش دولتی ارایه نمی‌گردد، گذاشتن محدودیت‌هایی بر میزان هزینه‌های بخش خصوصی، اعمال محدودیت بر خدمات بیمه‌ای بخش خصوصی که در بیمه همگانی پوشش داده نمی‌شود و در نهایت محدود کردن دسترسی ارایه کنندگان بخش خصوصی به وجوه بخش دولتی انجام شد (۲۵). اعمال محدودیت‌های اعطای مجوز در کشورهای کنیا، اندونزی، زیمباوه و زامبیا اجرا شد (۲۶ و ۲۷). این موارد مبتنی بر مجوزهای اجباری برای اشتغال همزمان در دو بخش دولتی و خصوصی، محدودیت اشتغال همزمان برای پزشک ارشد باتجربه، محدودیت زمانی برای فعالیت در بخش خصوصی و ارایه مجوز برای حداقل میزان کار همزمان در دو بخش همراه با تسهیلات بخش دولتی می‌باشد. انگیزش‌های ترفیعی همراه با پیشنهاد انگیزه‌های شغلی در کشور ایتالیا بکار گرفته شده است. به طوری که ارتقای شغلی تنها برای کارکنان تمام‌وقت بخش دولتی اجرایی شده است. این رویکرد ممکن است در مجموعه‌هایی که محرک اصلی اشتغال همزمان، منافع اقتصادی هستند و با توجه به این که اکثر کشورهای LMIC با محدودیت منابع مواجه هستند، اجرایی نباشد (۲۸). در کشورهایی همچون اندونزی و مصر، اشتغال همزمان در هر دو بخش بدون هیچ محدودیتی و به عنوان امری معمول و پذیرفته شده گزارش شده است. نکته در خور توجه این است که تولید پزشک در هر دو کشور بیش از ظرفیت استخدامی در بخش دولتی است. به دلیل سطوح کم حقوق ارایه شده در بخش دولتی، به پزشکان اجازه داده می‌شود برای تکمیل درآمدشان در بخش خصوصی هم به فعالیت بپردازند (۲۹ و ۳۰). ایجاد محدودیت‌های مالی و اعمال محدودیت‌هایی بر میزان هزینه‌های بخش خصوصی، برقراری ضوابطی بر خدمات بیمه‌ای بخش خصوصی که در بیمه همگانی پوشش داده نمی‌شود و در نهایت محدود کردن دسترسی ارایه کنندگان بخش خصوصی به وجوه بخش دولتی و برطرف کردن انگیزه‌های مالی آنان، پیدایش اشتغال همزمان را کاهش می‌دهد. این رویکردها، نیازمند تأمین مالی مناسب، پوشش بیمه همگانی و استقرار نظام‌های پایش مالی کارآمد بوده است و ممکن است در کشورهای LMIC موفقیت‌آمیز نباشد.

نتیجه‌گیری

اشتغال همزمان، پدیده‌ای پیچیده است که با توجه به وضعیت کشورهای درآمد کم یا متوسط، خصوصیات و ویژگی‌های سیستماتیک گسترده‌ای همچون میزان منابع بخش دولتی، پرداخت‌های پایین به کارکنان دولت و ظرفیت نظارتی محدود در یک کشور را منعکس می‌کند. به منظور تدوین سیاست‌های تابستان ۹۲، دوره شانزدهم، شماره دوم

علاوه بر این، ساز و کارهایی همچون نظارتی و نظارت بر فعالیت در بخش خصوصی از راه‌های مختلفی همچون قرار دادن محدودیت‌هایی در پوشش بیمه‌ای خدمات در بخش خصوصی که توسط کشورهای با درآمد بالا همچون کانادا، فرانسه و کشورهای با درآمد پایین همچون آفریقای جنوبی بکار گرفته شده است، منجر به کاهش انگیزه‌های مالی در بخش خصوصی، و افزایش جمعیت استفاده کنندگان از خدمات بخش دولتی شده است (۲۱).

بسیاری از محققان و نویسندگان در مطالعات خود به این نکته اشاره کرده‌اند که اطلاع از وجود اشتغال همزمان در دو بخش و انجام مطالعات به منظور تعیین گستردگی و اثرات بالقوه این پدیده بر کیفیت ارایه خدمات بسیار حائز اهمیت می‌باشد؛ زیرا نادیده گرفتن این موضوع دلیلی بر عدم وجود آن نمی‌باشد (۱۷ و ۱۸). نتایج مطالعات حاکی از آن است که نظارت بر این امر منجر به تشویق هنجارهای قانونی رفتاری در افراد می‌شود که به صورت اتوماتیک از طریق تشریک مساعی خود افراد امکان‌پذیر نیست (۲۳). در یک مجموعه با محدودیت منابع، اشتغال همزمان با همه پیامدها و اثرات مثبت و منفی خود، در صورتی که به خوبی نظارت گردد اثرات اقتصادی کارآمدتری نسبت به وضعیت عدم نظارت بر آن خواهد داشت (۲۴).

دومین گزینه، منع نسبی اشتغال کامل در دو بخش می‌باشد؛ به طوری که به عنوان شایع‌ترین سازوکار نظارتی در کشورها شناخته شده است. تمامی محدودیت‌های مالی به ذات نیازمند نظام‌های مالی توانمند در بخش سلامت هستند که به خوبی استقرار یافته و وجوه مورد نیاز فعالیت‌های بخش دولتی و خصوصی را تأمین و پایش کند. اعمال محدودیت برای کسب درآمد از بخش خصوصی به طور بالقوه علاوه بر کاهش واکنش‌های رفتاری ناخواسته، کیفیت خدمات بخش دولتی را از سوی ارایه کنندگان بخش دولتی ارتقا می‌بخشد. اما عدم وجود نظام‌های تأمین مالی به منظور اجرای این گزینه در بسیاری از کشورهای LMIC، به دلیل نبود نظام منسجمی برای پایش پرداخت‌های بخش خصوصی، با عدم موفقیت همراه بوده است. به عبارت دیگر، زمانی که اشتغال همزمان در دو بخش برای افراد فراهم باشد، ارایه کنندگان عایدی‌های خود از هر دو بخش را حداکثر می‌کنند (۲۳ و ۲۴).

اعمال محدودیت‌های مالی در کانادا با موفقیت بکار گرفته شد؛ به طوری که با کاهش جذابیت کار در بخش خصوصی، پدیده اشتغال همزمان توسط کارکنان این بخش کمتر گردید. این مورد با محدود کردن نوع خدمات ارایه شده در بخش خصوصی که در

محدودیت نسبی می‌باشد. با توجه به سطوح ناکافی درآمدی، عرضه کم متخصصان و مجموعه‌های کاری با بار بالای بیماری، افراد به ندرت با کار در یکی از دو بخش دولتی و خصوصی خشنود و قانع خواهند شد. اگرچه، با اعمال محدودیت‌ها، کشورهای LMIC ظرفیت اجرایی محدودی برای اعمال این گزینه‌ها دارند، بدون نظام‌های مالی توانمند برای پایش محدودیت‌های مالی و عدم توانایی بخش دولتی در تأمین انگیزه‌های مالی افراد، محتمل‌ترین گزینه‌ها از عملکرد اجرایی کمی در بخش دولتی برخوردار بوده و در نهایت افراد را به ارایه خدمات در بخش خصوصی سوق می‌دهد. همچنین نتایج حاصل از مطالعه نظرات رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور در خصوص طرح تمام وقتی پزشکان در ایران نشان داد، علی‌رغم چالش‌های عمده ناشی از آن، بیش از ۸۰٪ رؤسای دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور با اجرای این طرح در قالب فازهای متعدد و گسترش تدریجی آن موافق بوده و به علاوه، انجام همزمان طرح‌های مرتبط با آن از جمله اصلاح نظام تعرفه و نظام پرداخت (۳۱) را عامل مهمی در اجرای موفق آن و دستیابی به اهداف عالی سلامت دانسته‌اند.

در نهایت، از آنجا که دوام اتخاذ خط‌مشی‌ها، بکارگیری دیدگاه‌های تحلیل‌گرایانه و چگونگی ارزیابی‌شان در مجموعه‌های مختلف، متفاوت می‌باشد، در نظر گرفتن مسایل مرتبط با قابلیت اجرایی بودن و استقرار مبنای لازم به منظور اجرای ساز و کارهای نظارتی بسیار حیاتی می‌باشند.

References

- 1- World Health Organization. World Health Report: working together for health. [Cited March 28 2012]. Available from: <http://www.who.int/hrh/whr06/en/index.html>.
- 2- Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Leberghe W. Managing health services in developing countries: between ethics of the civil servant and the need for moonlighting: managing and moonlighting. *Hum Res Health Dev J* 2001; 3(5): 17-24.
- 3- Gruent R, Anwar R, Begum T, Killingsworth J, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Soc Sci Med* 2002; 54: 267-79.
- 4- Bentes M, Dias CM, Sakellarides C, Bankauskaite V. Health care systems in transition: Portugal. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe on Behalf of European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
- 5- United States Agency for International Development. The health sector human resource crisis in Africa: an issue paper. Washington, DC: United States Agency for International Development, Office for Sustainable Development; 2003.
- 6- Flood CM, Achibald T. The illegality of private health care in Canada. *Can Med Assoc J* 2001; 164:825-30.
- 7- Eggleston K, Bir A. Physician dual practice. *Health Policy* 2006; 78(2-3): 157-166.
- 8- Delay S, Gilson L, Hemson D, Lewin KM, Motimele M, Scott R, et al. *South Africa: study of non-state providers of basic services*. Birmingham: International Development Department, University of Birmingham; 2004.
- 9- García-Prado A, González P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. *Health Policy* 2007; 84(2-3): 142-152.
- 10- Ferrinho P, Van Lerberghe W, Fronteira I, Hipólito F, Biscaia A. Dual practice in the health sector: review of the evidence. *Human Resources for Health* 2004a; 2(1): 14.
- 11- Mainiero MB, Woodfield CA. Resident moonlighting in radiology. *Journal of the American College of Radiology* 2008; 5: 766-769.
- 12- Manavi S, Babashahy S, Akbarisari A. The extra cost of granting autonomy to public hospitals. *Journal of Isfahan Medical School* 2012; 29 (170): 2644-2652.
- 13- Akbarisari A, Babashahy S, Ghanati E, Naderi M, Tabatabaei Lotfi SM, Olayee Manesh A, Emami Razavi SH. Implementing the Full-time Practice in Iran Health System; Perceptions of the Medical University Chancellors on its Challenges, Consequences and Effective Solutions. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2013; 20 (1): 40-51.

عمومی مناسب در جهت کنترل این امر، باید در نظر داشت که اشتغال همزمان، تنها ابزاری برای ایجاد درآمد اضافی کارکنان بخش دولتی نبوده و لازم است ملاحظات بیشتری نسبت به اهداف گسترده اجتماعی همچون دسترسی، استطاعت مالی و کیفیت خدمات در نظر گرفته شود.

اجرای بسیاری از ساز و کارهای نظارتی، نیازمند برقراری پیش‌نیازها و زیرساخت‌های بنیادین می‌باشد. ترکیبی از تأمین مالی دولتی مبتنی بر مالیات، سیستم بیمه سلامت اجباری و بیمه خصوصی ممکن است به منظور تأمین منابع لازم برای گزینه منع نسبی اشتغال کامل مورد نیاز باشد؛ این در حالی است که وجود نظام‌های نظارت و پایش برای اطمینان از محدود شدن فعالیت و کسب درآمد از بخش خصوصی و همچنین عملی کردن دریافت‌های مبتنی بر عملکرد ضروری می‌باشد. در بسیاری از کشورهای LMIC، بودجه‌های بخش سلامت کم و محدود بوده و سطح حقوق‌ها بسیار پایین می‌باشد. به همین دلیل افزایش حقوق بخش دولتی غیرممکن است. به نظر می‌رسد وجود اشتغال همزمان بدون اعمال هیچ‌گونه محدودیتی در کشورهایی که با کمبود کارکنان بخش سلامت مواجه هستند اجرایی نباشد.

با توجه به سه گزینه اعمال منع کامل اشتغال همزمان، وجود اشتغال همزمان با محدودیت نسبی و وجود آن بدون هیچ‌گونه محدودیتی، آن چه که بیشترین امکان اجرایی را در مجموعه کشورهای LMIC خواهد داشت، گزینه وجود اشتغال همزمان با

- 14- Jumpa M, Jan S, Mills A. The role of regulation in influencing income-generating activities among public sector doctors in Peru. *Human Resources for Health* 2007; 5(5).
- 15- Jan S, Bian Y, Jumpa M, Meng Q, Nyazema N, Prakongsai P. Dual job holding by public sector health professionals in highly resource-constrained settings: problem or solution? *Bulletin of the World Health Organization* 2005; 83, 771-776.
- 16- Macq J, Ferrinho P, De Brouwere V, Van Lerberghe W. Managing health services in developing countries: between the ethics of the civil servant and the need for moonlighting: Managing and moonlighting. *Human Resources for Health Development Journal* 2001; 5(1-3): 17-24.
- 17- Kiwanuka SN, Kinengyere AA, Rutebemberwa E, Nalwadda C, Ssengooba F, Olico-Okui, Pariyo GW. Dual practice regulatory mechanisms in the health sector: a systematic review of approaches and implementation. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London; 2011.
- 18- Berman P, Cuizon D. Multiple public-private job holding of health care providers in developing countries. London: DFID Health Systems Resource Center; 2004.
- 19- Buchan J, Sochalski J. The Migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization* 2004; 82: 587-594.
- 20- Flood CM, Archibald T. The illegality of private health care in Canada. *Canadian Medical Association Journal* 2001; 164: 825-830.
- 21- Gruen R, Anwar R, Begum T, Killingsworth J, Normand C. Dual job holding practitioners in Bangladesh: an exploration. *Social Science and Medicine* 2002; 54(2): 267-279.
- 22- Hongoro C, Kumaranayake L. Do they work? Regulating for-profit providers in Zimbabwe. *Health Policy and Planning* 2000; 15(4): 368-377.
- 23- Mossialos E, Allan S, Davaki K. Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics* 2005; 14:151-168.
- 24- Oliveira MD, Pinto CG. Health care reform in Portugal: an evaluation of the NHS experience. *Health Economics*; 2005; 14(S1): S203-S220.
- 25- Prakongsai P, Chindawatana W, Tantivess S, Mugem S, Tangcharoensathien V. Dual practice among public medical doctors in Thailand. London: Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
- 26- Sandier SV, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen: WH Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2004.
- 27- Prakongsai P, Chindawatana W, Tantivess S, Mugem S, Tangcharoesathien V. Dual practice among public medical doctors in Thailand. London: Health Economics and financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
- 28- Bian Y, Sun Q, Jan S, Yu J, Meng Q. Dual practice by public health providers in Shandong and Sichuan Province, China. London: Health Economics and Financing Programme, London School of Hygiene and Tropical Medicine; 2003.
- 29- Gonzalez, P. Should physicians' dual practice be limited? An incentive approach. *Health Eco* 2004; 13: 505-24.
- 30- UK Monopolies and Mergers Commission. *Private medical services. A report on agreements and practices relating to charges for the supply of private medical services by NHS consultants*. London: Her Majesty's Stationary Offices; 1994.
- 31- Babashahy S, Akbari Sari A, Rashidian A, Olyae Manesh A. Payments of physicians employed in public and private hospitals after modification of surgical and invasive services tariffs. *Hakim Research Journal* 2012; 15(1): 38-43.

Assessment and Analysis of International Experiences in Dual Practice in Public and Private Settings of Healthcare System and Regulatory Mechanisms

Babashahy S^{1,2} (MSc), Akbari Sari A^{1*} (MD, PhD)

¹Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

²Department of Health Economics, Iranian Ministry of Health and Medical Education, Tehran, Iran

Received: 8 Apr 2012, Accepted: 13 Jun 2013

Abstract

Introduction: Dual practice in both public and private settings is an important challenge of many healthcare systems. The main aim of this study was to explore the experiences of other countries regarding dual practice and to explore their monitoring mechanisms.

Methods: International databases and websites including Pubmed and Google scholar were searched to identify relevant reports from 1990 to 2011. Narrative synthesis was used to summarize the study results categorized by regulatory mechanisms, targeted groups, country settings and outcomes.

Results: Complete prohibition, dual practice allowed with restrictions, and allowed without restrictions were regulatory mechanisms applied by different countries with different income levels. These mechanisms have positive and negative outcomes. Greece, Italy, UK, Spain, Australia and the US are high income countries allow dual practice with restrictions. Furthermore, some low income countries such as Kenya and Zimbabwe use licensure restrictions; and others such as Egypt and Bangladesh allow dual practice without restrictions.

Conclusion: Dual practice with restrictions in both public and private sectors is the most common regulatory mechanism. In addition to well policymaking, applying analytical perspectives and evaluation of different mechanisms in different settings, taking considerations to the executive issues and preparing infrastructures and prerequisites is so vital for implementing the regulatory mechanisms.

Key words: dual practice, regulatory mechanism, full time program, health care reform

Please cite this article as follows:

Babashahy S, Akbari Sari A. Assessment and Analysis of International Experiences in Dual Practice in Public and Private Settings of Healthcare System and Regulatory Mechanisms. *Hakim Research Journal* 2013; 16(2): 98-106.

*Corresponding Author: Department of Health Management and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences, Keshavarz Blvd, Tehran, Iran. Tel/Fax: +98- 21- 88989129, E-mail: akbarisari@tums.ac.ir